

Heck

ANALES DE LA ACADEMIA DE MEDICINA DE MEDELLIN

FUNDADA EN 1888

Rep. de Colombia.
Depto. de Antioquia

Segunda época.—Año II.
Entrega 12

Medellín, mayo 19 de 1932.

REDACTORES

DR. ALFONSO CASTRO

Profesor de Patología general y
Director de la Facultad de Medi-
cina de la Universidad de An-
tioquia, Cirujano de la Clínica
Noel.

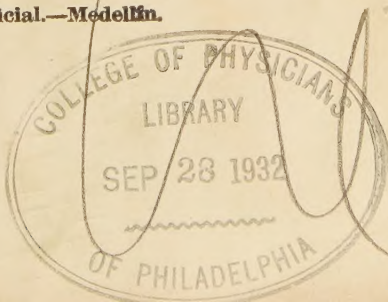
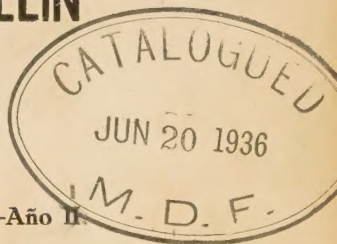
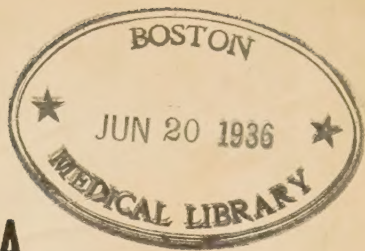
DR. ALONSO RESTREPO

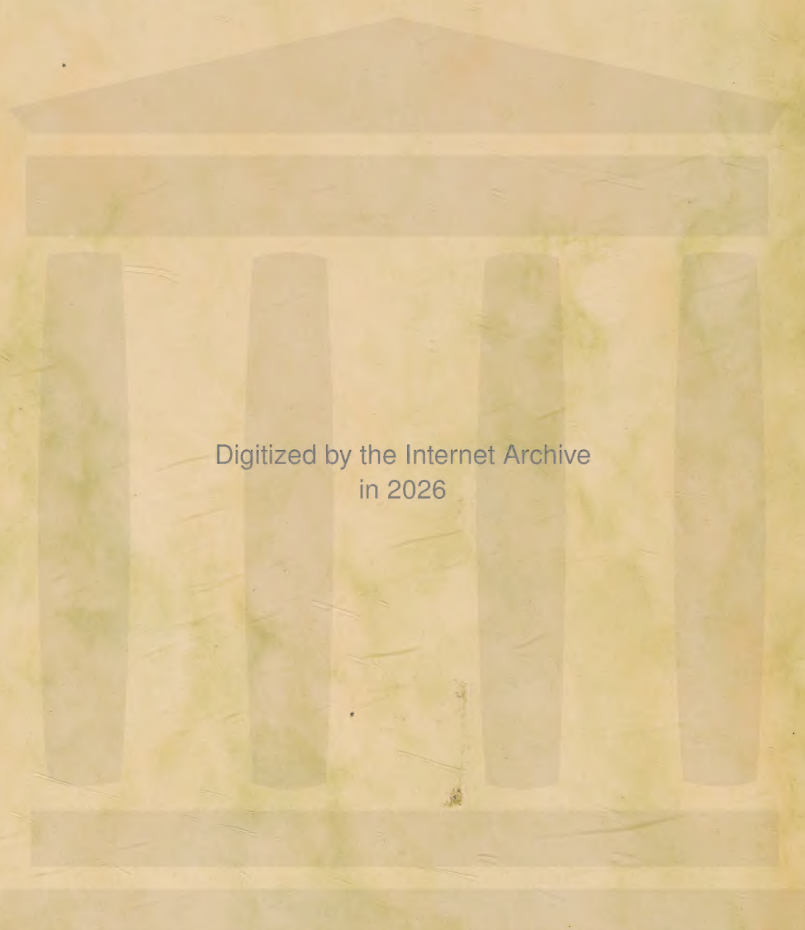
Profesor de Parasitología en la
Facultad de Medicina de la Uni-
versidad de Antioquia y Director
del Laboratorio Mpal. de Medellín.

DR. CIPRIANO MEJIA M.

Profesor de Patología Externa en la Fa-
cultad de Medicina de la Universidad de
Antioquia, Subjefe del Servicio Siflográ-
fico y Venereológico del Instituto Profi-
láctico de Medellín.

Imprenta Oficial.—Medellín.





Digitized by the Internet Archive
in 2026

ANALES DE LA ACADEMIA DE MEDICINA DE MEDELLIN

CONTENIDO

José A. Sierra.

Contribución al estudio de las trepanaciones para las fracturas de la bóveda del cráneo con hundimiento óseo y sus complicaciones. Pág. 558.

G. Toro Villa.

Informe de una Comisión. Pág. 569.

Dionisio Arango Ferrer.

Dos casos de tétanos curados por el ácido fénico. Pág. 573.

Los redactores de la revista no aprueban ni desaprueban las opiniones emitidas en los artículos publicados; tales opiniones deben considerarse como propias de sus autores.

CONDICIONES

La Agencia de los "Anales de la Academia", para todo lo relativo a suscripciones y canjes, está a cargo del Secretario de la Academia.

Número suelto, veinte centavos.... (\$ 0.20).
Suscripción a seis números, un peso. (\$ 1.00).

La correspondencia y los canjes deben dirigirse así:

Sr. Dr. Cipriano Mejía M., Secretario de Academia de Medicina de Medellín.—República de Colombia. — Sur América. — Palacé, No. 242.

El pago de las suscripciones debe ser anticipado.

ANALES

DE LA ACADEMIA DE MEDICINA DE MEDELLIN

SEGUNDA EPOCA

REDACTORES: { Alfonso Castro
Alonso Restrepo
Cipriano Mejía, Srio.

Año I	{	Medellín, mayo 19 de 1932	}	No. 12
-------	---	---------------------------	---	--------

CONTRIBUCION AL ESTUDIO DE LAS TREPANACIONES PARA LAS FRACTURAS DE LA BOVEDA DEL CRANEO CON HUNDIMIENTO OSEO Y SUS COMPLICACIONES.

Esta memoria que presento a la Honorable Academia de Medicina, tiene por objeto hacer ver lo benéfica que es y lo simple de la trepanación en los casos de fractura de la bóveda del cráneo con hundimiento óseo, o de fractura cerrada con hemorragia meníngea. Además, hacer notar que, es precisamente inmediatamente después del traumatismo cuando se debe hacer esta operación.

Sólo he dejado sin trepanar la mayor parte de los casos que presentan además lesiones de otros órganos importantes (contusiones generalizadas graves o fracturas de la base del cráneo). Esta es la causa por la cual la mayoría de los operados se ha salvado de las complicaciones y de la muerte.

No pretendo hacer alarde de competencia quirúrgica. Exprofesamente no iba a elaborar sobre asuntos de índole quirúrgica, sino que me cupo la suerte, desde abril de 1929 a junio de 1930 que trabajé de Médico en La Policlínica Municipal de Medellín, de atender mayor número

de lesiones del cráneo que de la cavidad abdominal, por ejemplo, debido, sin duda, a la sabia prohibición del manejo de armas de fuego y de armas blancas, que trajo consigo la mayor frecuencia de los accidentes ocasionados con armas contundentes y cortantes-contundentes. Por consiguiente, el material fué favorable a mí,, que tuve la buena suerte de verificar diez y nueve trepanaciones, y encontrar que la mayor parte no habían sufrido gran atrición de las cédulas encefálicas. Si la suerte me hubiera sido adversa, quizás aseverara lo contrario.

Estoy convencido que otro Médico con el carácter de que yo estaba investido, hubiera obtenido mayor número de observaciones de operados sobrevivientes.

Este trabajo lo paso al estudio de la Honorable Academia, con el fin de tener el honor de contarme entre sus socios, si es que merece su aprobación.

Nunca dejaré de insistir sobre la conveniencia de las trepanaciones inmediatas, sin esperar que se presenten indicaciones más urgentes, para ver de salvar muchas vidas. Esa operación, en manos más expertas que las mías, daría todavía más buenos resultados que los que aquí se relatan.

De las diez y nueve observaciones, hay diez y siete operados por el autor de estas líneas: catorce sobreviven y tres murieron. De los otros dos, el uno fué operado, con mi colaboración, por el eminente y hábil cirujano, profesor Gil J. Gil (a quien debo y agradezco mi preparación quirúrgica en el servicio de Ginecología del Hospital de San Juan de Dios, que en seguida he continuado en la Clínica Quirúrgica, bajo la dirección del Maestro de la Cirugía de Antioquia, sabio profesor J. B. Montoya y Flórez, a quien también manifiesto mis sinceros agradecimientos); el otro fué operado por los practicantes del servicio, ocho días después del accidente, en muy malas condiciones. El primero sobrevivió y el último, después de repetidas intervenciones, murió en el Hospital de San Juan de Dios.

Todos los autores que consulté (Kranse, Lecéne y Leriche) están de acuerdo que debe intervenirse inmediatamente en las fracturas de la bóveda craneana con hundimiento por pequeño que sea; del mismo modo en las fracturas cerradas del cráneo que tengan síntomas de hemorragias intracraneana consecutiva, en las cuales es muy difícil hacer el diagnóstico inmediatamente; en estos casos, los hematomas extra dura-merianos y los intra-dura-merianos localizados, se ajustan a las trepanaciones inmediatas; pero es inútil intervenir en las hemorragias difusas de la superficie del encéfalo. Por consiguiente, un diagnóstico seguro ó aún probable, en las fracturas cerradas, de hematoma extra o intra dura-meriano, obliga intervenir sin perder tiempo. Desde luego, ya se deja ver la gran importancia de la trepanación de éstos casos, pues hecha, sin perder tiempo, evita las supuraciones, permite hacer la hemostasis y quitar el hematoma que también comprime el encéfalo; compresiones duras o blandas que traen consigo la temible epilepsia traumática, y la operación, si no la cura, es de presumir se haga más remota. Lecéne y Leriche estiman como el mejor tratamiento de la epilepsia traumática, el tratamiento preventivo. Y agregan, la epilepsia traumática es tanto más rara cuanto más completamente y más asepticamente haya sido hecho el tratamiento inicial de la fractura. También se previenen, en parte, los abscesos y las meningitis, que se catalogan tan a menudo en los de la bóveda del cráneo, cuando se dejan pasar desapercibidas, por ignorancia o por desidia, del examen cuidadoso o por la dificultad para hacer el diagnóstico. No son, las más de las veces, los síntomas cerebrales los que hacen el diagnóstico prematuro es el examen local muy cuidadoso, el que descubre la fractura cerrada o abierta, con hundimiento o sin él, a pesar del obstáculo que pone el hematoma de las partes blandas que rodean la región.

Se me hace muy extraño que mis operados, ninguno

hubiera tenido destrozos de la sustancia encefálica. Sin embargo, la circunstancia de no haber encontrado siempre herida de la dura-madre y atrición encefálica considerable, no implica nada, pues, como ya lo he dicho y de nuevo lo repito, el interés de las observaciones que presento, consiste en el papel preventivo que desempeña la intervención precoz con respeto a las complicaciones infecciosas y a la epilepsia traumática.

Hago ver en las observaciones cuán benigna es la trepanación, cuán simple es la mayor parte de los casos y cuán brillante el resultado, cuando el traumatismo no ha pasado del cráneo.

Respecto a la hemostasis, si no se puede ligar el vaso, es mejor hacerla con músculo, pues el cat-gut, que también lo recomiendan, siempre se ha eliminado y perturba la convalecencia.

Ahora inserto las observaciones clínicas que son el motivo de este resumen de las trepanaciones para las fracturas de la bóveda del cráneo.

Historias clínicas.

Primera. J. de J. C., de Envigado, de 34 años de edad.

Entra a La Policlínica el día 17 de mayo de 1929. Presenta una herida hecha con arma cortante y contundente (machete), en el cuero cabelludo de la región fronto-parietal izquierda, con fractura y hundimiento óseo. Fué herido el 16 del mismo mes y año y lo atendió un Médico provisionalmente; se le aplicaron dos inyecciones: una de sedol y la otra de suero glucosado. El pulso era débil y frecuente; la temperatura era normal y no tenía síntomas cerebrales. Le hice la trepanación al cloroformo y encontré un hematoma extra dura-meriano, la arteria meníngea sangraba y la dura-madre estaba sana; el cerebro pulsaba bien. Suturé la arteria meníngea, desprendí los coágulos. Bien limpia la brecha, suturé, drenando previamente con una pequeña gasa simple. Pasó

al Hospital donde la post-operatoria no dejó que desear. Salió curado a los diez días que estuvo cicatrizado.

Segunda. P. E. M., de La Estrella, de 17 años de edad.

Herido con arma contundente el 10 de julio de 1929; presentaba una herida en el cuero cabelludo de la región bi-parietal, inclinada al parietal derecho con fractura y hundimiento óseo en forma circular. Los síntomas cerebrales eran nulos. A la anestesia clorofórmica hice la operación, y fuera de un hematoma extra dura-meriano que dependí, la dura madre estaba sana, el cerebro pulsaba bien, la hemorragia del diplos había cesado.

Dreno y suture con crines de Florencia. Se traslada al Hospital y hace una convalecencia franca. Salió curado a los pocos días de hospitalización.

Tercera. M. C., de Copacabana, 42 años de edad.

Herido con arma contundente el 5 de octubre de 1929; presenta una herida en el cuero cabelludo de la región fronto-parietal izquierda, con fractura y hundimiento óseo. El hundimiento era circular y visible en el fondo de la herida. No tenía síntomas cerebrales. El pulso era normal, sin alza de temperatura. Hice la trepanación a la anestesia clorofórmica; había un hematoma extra dura-meriano, lo desprendí, y, como continuaba sangrando el diplos, hice la hemostasis con cat-gut, drené y suturé. Retiré la gasa al día siguiente. Continuó drenando un líquido seroso hasta que se eliminó el cat-gut a los diez días; fué entonces cuando se suspendió la exhudación serosa y cacatrizó definitivamente. Salió curado el 25 de octubre de 1929.

Cuarta. R. M., de Medellín, 22 años de edad.

Herido con arma contundente el 15 de octubre de

1929; presenta una herida en el cuello cabelludo de la región parietal izquierda, con fractura y hundimiento óseo. Pulso frecuente e intermitente y sensación de cefalea intensa; gran palidez. Hago la trepanación a la anestesia clorofórmica. Encuentro un gran hematoma extra dura-meriano, lo desprendo; la arteria meníngea sangrando y la dura madre rota y por la desgarradura hacia hernia el cerebro dilacerado en una pequeña extensión; el cerebro pulsa bien. Ligo la arteria y suturo la dura madre. Dreno y suturo. Hago aplicar suero fisiológico, adrenalina y aceite alcanforado. Pasa al Hospital. La convalecencia es inmejorable. Cicatriza por primera intención y salió curado el 25 de octubre de 1929.

Quinta. A. B., de Medellín, 25 años de edad.

Herido con arma contundente el 24 de noviembre de 1929; presenta una herida en el cuero cabelludo de la región parietal izquierda, con fractura y hundimiento óseo. Estado comatoso; bradicardia, arritmia y disnea; la pupila izquierda dilatada. Se aplican diez c. c. de aceite alcanforado, 0,25 de cafeína, suero fisiológico con adrenalina.

Hago trepanación a la anestesia clorofórmica. Hay hemátoma extra dura-meriano, y una línea de fractura que continúa hacia el temporal del mismo lado y el parietal del lado opuesto que hace presumir una línea de fractura continua hacia el piso medio de la base del cráneo. El cerebro pulsa bien, la dura-madre está sana. Desprendo el coágulo, dreno y suturo. El pulso mejora, se hace regular y menos frecuente. Pasó al Hospital y sin salir del coma murió a las diez horas de operado de hemorragia basilar y atrición cerebral. Este es uno de los casos en los cuales la operación inmediata es dudosa, pero que si no se hace bien tampoco hace daño al paciente y por consiguiente no se ha cometido un error. **Este es el primer muerto.**

Séptima. M. T. R., de Medellín, 28 años de edad.

Presenta una herida contusiva en la región frontal derecha, cerca a la bosa y es examinado y operado de la fractura y hundimiento que le causaron con un martillazo el 29 de noviembre de 1929, día en que se sometió a la operación. Se presenta andando y se le nota fuera de la lesión ya nombrada equimosis sub-palpebral. Ninguna otra cosa llama la atención. Hago la trepanación a la anestesia clorofórmica: hay un hematoma extra dural; sana la dura-madre; el cerebro pulsa bien, no hay hemorragia; dreno y suturo. Pasa al Hospital y hace una convalecencia sin complicaciones. Sale curado a los diez días.

Octava. I. O., del Poblado, 24 años de edad.

Es examinado el 18 de diciembre de 1929; presenta una herida hecha con arma cortante y contundente (el filo de un azadón) en la región parietal izquierda con fractura y hundimiento óseo. No presenta síntomas cerebrales, circulatorios ni respiratorios. Hago la trepanación a la anestesia clorofórmica: la fractura irradia al temporal del mismo lado y al parietal del lado opuesto; encuentro un gran hematoma extra dura-meriano y un ramal de la arteria meníngea sangrando. Desprendo el hematoma y ligo la arteria; dreno y suturo. Pasa al Hospital de S. J. de Dios y la post-operatoria es un poco espectante por un ligero ascenso de la temperatura y una intensa cefalea durante tres días. Esto cedió a un enema de agua tibia y a una bolsa de hielo en la cabeza. Cicatrizó por primera intención y salió del Hospital curado a los quince días.

Novena. J. S., de Medellín, 16 años de edad.

Se le examina el 17 de septiembre de 1929; presenta una herida hecha con arma contundente en la región parietal izquierda. Al examen creyeron no se había roto el hueso y suturaron.

Ocho días transcurrieron sin que el herido se sintiera bien enfermo. La fiebre intensa y el dolor de cabeza más agudo, la gran supuración y el mal estado general del enfermo llevaron a una exploración cuidadosa que descubrió el hundimiento óseo. Trepanaron a la anestesia clorofórmica; se limitaron a drenar sin abrir la duramadre y suturaron. Pasó al Hospital donde el enfermo murió el 12 de octubre de 1929 a pesar de los cuidados quirúrgicos y medicamentos que se le prodigaron. **Este caso es una prueba del valor que tiene un examen cuidadoso de las heridas contusivas del cuero cabelludo** y el peligro que trae consigo un descuido.

Décima. O. A., de Bello, 4 años de edad.

Entra al servicio el 19 de diciembre de 1929; al examen presenta una herida en el cuero cabelludo debida al paso de un vehículo de ruedas por sobre la cabeza. Mal estado general pero consciente; pulso lento y arritmico, un hematoma renitente sub-perióstico parietal izquierdo, disnea y dilatación de la pupila izquierda. Hago la trepanación al cloroformo sobre una línea de fractura lineal sin hundimiento, porque a través del intersticio de fractura sangraba. El cerebro pulsa, hay un hematoma extra dural y la línea de fractura es indefinida. Se drena y sutura. Pasa al Hospital y murió en colapso el 21 de diciembre de 1929. **Segundo muerto muy semejante al primero.**

Undécima. P. L. G., de San Pablo, 16 años de edad.

Entra al servicio el 3 de septiembre de 1929; al examen presenta una herida del cuero cabelludo de la región parietal derecha con fractura y hundimiento del hueso del mismo nombre. Estado semi-comatoso, accesos epileptiformes muy repetidos, pulso frecuente, pupilas dilatadas. Se pone una inyección de sedol y otra de aceite alcanforado, pero a la anestesia clorofórmica combinada con la anestesia local al venesol. Encuentra un hemato-

ma extra dura-meriano; se repiten los accesos epileptiformes durante la operación. La dura-madre está sana, no hay hemorragia. Desprendo el hematoma, dreno y suture. Pasa al Hospital donde se repiten durante las seis horas primeras los accesos epileptiformes. Su estado mental fué despejándose hasta quedar en completa lucidez. No tuvo complicaciones durante la convalecencia. Cicatrizó por primera intención. Salió curado a los quince días.

Duodécima. J. A., de Bello, 25 años de edad.

Entró al servicio el 2 de enero de 1920; al examen presenta una herida contusiva en la frente, equimosis sub-palpebral derecha y una fractura con hundimiento del hueso frontal a la altura de la arcada supra-orbitaria derecha y del seno frontal. Hago la trepanación a la anestesia clorofórmica. Hay un hematoma supra-dural. Dreno y suture. Pasa al Hospital donde la convalecencia es franca y cicatriza por primera intención. Sale curado a los trece días.

Décimatercia. J. A., de Medellín, 13 años de edad.

Entró al servicio el 28 de enero de 1930; al examen se encuentra una herida del cuero cabelludo con fractura y hundimiento del hueso occipital. No tiene síntomas de importancia. Hago la trepanación a la anestesia habitual. Encuentro un hematoma, la dura-madre sana y no hay hemorragia. Desprendo el hematoma, dreno y suture. Pasa al Hospital y sale curado a los doce días de hospitalización.

Décimacuarta. E. P., de San Pablo, 22 años de edad.

Se presenta al examen al día siguiente del accidente que le ocasiona una herida con arma cortante y contundente en las partes blandas de la región fronto bi-parietal hecha el 16 de febrero d 1930; al examen se encuen-

tra que en el fondo de la herida hay una fractura con hundimiento óseo de consideración sobre la línea sagital.

Hago aplicarle suero fisiológico, cafeína y aceite alcanforado porque el pulso es frecuente y débil; el estado general en malas condiciones de defensa. No presenta síntomas cerebrales ni sensoriales. Hago la trepanación a la anestesia clorofórmica; tiene un gran hematoma debajo del fragmento de la fractura y al quitarlo se presenta una abundante hemorragia. Es el seno longitudinal superior que está desgarrado. Se dificulta la ligadura y hago la hemostasis con cat-gut. Dreno y suture. Pasa al Hospital y la post-operatoria es buena los dos primeros días. Entonces sobreviene fiebre con calofrío, un dolor de cabeza intenso y delirio. A pesar del tratamiento medicamentoso el enfermo murió el 24 de febrero de 1930. Hago notar que una media hora antes de morir, habré la herida que había cicatrizado y encontré el cat-gut intacto y el cerebro pulsaba bien. La causa de la muerte fué la meningoencefalitis. Este es el **tercer muerto**.

Décimaquinta. E. M. A., de Medellín, 18 años de edad.

Entra al servicio el 30 de enero de 1930; al examen se encuentra una herida en el cuero cabelludo de la región occipital, hacia la derecha, con fractura y hundimiento óseo. No tiene síntomas cerebrales. Hace la trepanación el Sr. Dr. Gil en su Clínica particular, bajo la anestesia clorofórmica y le sirvo yo de ayudante. Se encuentra un hematoma extra dura-meriano y la dura-madre intacta; no hay hemorragia. Sutura y drena después de limpiar la membrana. Hace una post-operatoria con poca alza de la temperatura debida a trastornos gastrointestinales que desaparecen en pocos días. Sale de la Clínica curado después de cicatrizado por primera intención.

Décimasexta. M. S., de Rionegro, 16 años de edad.

Entra al servicio el 10 de marzo de 1930; al examen

encuentro una herida que no ha terminado la cicatrización, en el cuero cabelludo de la región bi-parietal; y debajo hay una fractura con hundimiento óseo. La herida fué causada con arma contundente y cortante (azadón), el 3 de mayo de 1930.

El Médico que lo atendió en el lugar del accidente se conformó con suturar la herida y lo siguió observando. Cada día estaba más mal y entonces resolvió que fuera trasladado a la Policlínica.

Al examen, tenía fiebre 37,5, pulso débil y acelerado, las ideas muy confusas y tardío en sus respuestas. Bajo la cicatriz, encuentro un hematoma remitente, indoloro. A la anestesia clorofórmica procedo a la trepanación, y debajo del cuero cabelludo entre el periostio y la superficie ósea, está el foco sanguíneo. Abierto el bisturí queda a la vista una fractura con hundimiento óseo. Extraigo el hueso comprendido entre la fractura y veo un hematoma extra duro y la sangre del seno longitudinal superior que sale a borbotones. Ligo el seno longitudinal, desprendo el hematoma, dreno y suture. Pasa al Hospital donde hace una convalecencia muy ruidosa; se supura. Los primeros días es afebril, sus ideas conservan obscuridad; al llevar los alimentos a la boca se le salen sin percibirse. Se le presenta calofrío, fiebre de 40, pulso en relación con la temperatura, sudores profusos, retención de orina primero y luego incontinencia nocturna de orina. Es una complicación meningo-encefálica que el tratamiento medicamentoso logra curar. Sale curado el 3 de mayo de 1930.

Décimaséptima. G. R., de Bogotá, 27 años de edad.

Entra al servicio el 15 de mayo de 1930; al examen le encuentro una herida contusiva en la región frontal, hecha con una manivela, fractura y hundimiento óseo, equimosis sub-palpebral del ojo izquierdo. No tiene síntomas que vea la importancia de anotar.

A la anestesia clorofórmica hago la trepanación. En-

cuentro un hematoma extra dura-meriano, no hay lesión meníngea. El reborde orbitario izquierdo en parte y una porción de la bóveda orbitaria están comprometidos. Hago la abeación de las esquirlas óseas, desprendo el hematoma, dreno y suture. Pasa al Hospital y tiene una convalecencia sin trastornos de consideración. Cicatriza por primera intención y sólo le queda una ligera ptosis del párpado superior izquierdo. Salió curado a los nueve días de hospitalizado.

Décimaoctava. A. M., de Medellín, 16 años de edad.

Entró al servicio el 13 de mayo de 1930; al examen encuentro una herida contusiva en la región frontal, debida a la caída desde un andamio, que le ocasionó, además fractura y hundimiento del hueso subyacente. No presentó síntomas que merezcan considerarse. Hago la trepanación al cloroformo y encuentro el hematoma extra dura-meriano que es inevitable. El cerebro pulsa bien, no hay hemorragia, la dura-madre está sana. Desprendo el hematoma, dreno y suture. Pasa al Hospital donde sólo se presenta un edema de los párpados en los primeros días, que desaparece espontáneamente. Sale curado a los diez días de convalecencia.

Décimanovena. A. J. B., de Medellín, (San Cristóbal), 16 años de edad.

Entra al servicio el 28 de mayo de 1930; al examen lo encuentro en estado semi-comatoso, con otorragia izquierda, hematoma retro-auricular izquierdo y pupilas dilatadas; el pulso lento y arrítmico. Este fué un accidente de tránsito.

Pienso es más prudente, no estando fácil el diagnóstico de una fractura de la bóveda asociada a la fractura de la roca izquierda ponerlo en observación. Pasa al Hospital y su estado es cada día más desesperante: sube la temperatura a 39, en pulso arrítmico, llegó retardado. Per-

manece inconsciente. El 30 de mayo refiero al Profesor J. B. Montoya y Flórez la situación de éste enfermo, y me aconseja que haga una craniectomía, pues indudablemente se debía tratar de compresión y hemorragia meníngea. Procedo a la operación a la anestesia clorofórmica. Me veo obligado a trepanar por que había fractura de la concha del temporal. Encuentro hematoma extra-duramerial y hemorragia meníngea. Desprendo el hematoma, hago la hemostasis con cúmulo del temporal, dreno y sutureo.

La pos-operatoria es muy complicada. Continúa la fiebre pero el pulso se hace regular; sufre fenómenos de enajenación mental; supura el foco de la operación y se presenta otitis; dolor en el hemi-cráneo izquierdo; manifiesta su dolor lagrimando por el ojo derecho y el izquierdo no se inmuta. Con el tratamiento medicamentoso ceden todos estos fenómenos. Sale curado del Hospital el 20 de junio de 1930.

José A. Sierra

INFORME DE UNA COMISION

Honorables académicos:

El distinguido profesional, Dr. Dionisio Arango Ferrer, Médico del Ferrocarril de Antioquia y Profesor de Clínica Terapéutica en la Facultad de Medicina, presenta como Trabajo de admisión a la Academia un estudio titulado "Dos casos de Tétanos curados por el ácido fénico", sobre el cual, en desempeño de la comisión que me ha sido encomendada, tengo el honor de informaros.

Después de una breve introducción, en que el Dr. Arango Ferrer estudia la etiología del tétanos y discute el valor curativo de la antitoxina, relata dos observaciones, una tomada en 1926 en un trabajador del Ferrocarril de Antioquia, y otra, en un sepulturero de esta ciudad

infectado en marzo del presente año, en los cuales obtuvo buen resultado con el tratamiento por el ácido fénico en inyecciones subcutáneas de la solución de Talamon:

Acido fénico 10 gramos

Glicerina 50 gramos

Agua 1000 gramos,

aplicadas cada cuatros horas en cantidad de 20 centímetros cúbicos.

En realidad, es bacilo de Nicolaier el agente productor de toxina más activo que se conoce, puesto que para producir una cantidad mortal para un hombre, bastan a veces un poco número de bacilos, tan pocos que ni la investigación directa ni las mismas inoculaciones de productos tomados en la herida infectada alcanzan a revelarlos.

Producida la toxina se difunde por la circulación linfática y la sanguínea hasta llegar a las terminaciones nerviosas en los músculos, desde donde por los cilindrojes, llega a los centros nerviosos para producir sus estragos. Así ha quedado demostrado por el fracaso para producir la enfermedad en animales, en los cuales se han seccionado los nervios que van al miembro donde se va a hacer la inyección de toxina, o en otros en que se han paralizado las placas neuromotoras por medio del curare.

La toxina se fija en las células nerviosas por el proceso físico de **absorción**, con tal intensidad que apenas la putrefacción de ellas la vuelve a poner en libertad.

De relativa rara observación entre nosotros en épocas anteriores, parece que últimamente se vaya haciendo más frecuente, y no es aventurado pensar que a medida que los accidentes urbanos aumenten en proporción al número de vehículos se haga todavía más común.

Los progresos en la fabricación de jeringuillas, todas de vidrio, fácilmente esterilizables, y en la preparación y esterilización en ampollas cerradas, de soluciones de quinina, han hecho pasar a la historia en tétanos por inyecciones de esta sustancia, que muchas víctimas produ-

jeron durante la guerra en 1900. Entonces las jeringuillas se componían de varias piezas, tenían émbolo de cuero o de caucho, lo que dificultaba mucho su esterilización; la solución de quinina se preparaba de manera extemporánea, disolviendo una papeleta de sal activa en un poco de agua hervida brevemente dentro de una cuchara; de tal manera que con la medicación antipalúdica se inyectaban al enfermo esporos tetanígenos que tenían la jeringa, o la sal de quinina o el agua cuya ebullición no tiene acción sobre ellos, esporos que pululaban en los tejidos mortificados por la inyección favorecidos por la acción quimiotáctica negativa de la quinina.

Es una enfermedad de un alto porcentaje de mortalidad, 85%, número que hace pensar en un desenlace fatal, irremediable, en presencia de todo enfermo, y despierta el entusiasmo cuando se consigue arrancar una víctima de ella a la muerte.

Por esta razón se han agotado todos los recursos terapéuticos: el curare, el opio, las inhalaciones de cloroformo, el haba de Calabar, los bromuros, el cloral etc., etc.

De todos no quedan sino:

El cloral a dosis altas, hasta doce gramos por día.

Las inyecciones de ácido fénico, primeramente preconizadas por Bacelli, quien ha dado su nombre al tratamiento, a títulos y dosis variables, según los diversos experimentadores que han tratado de utilizar la acción anestésica y antiespasmódica del ácido fénico.

Las inyecciones intraraquídeas de sulfato de magnesia (Meltzer y Auer), a la dosis de 1 c. c., por cada 25 libras de peso del paciente, de una solución al 25%.

Según Camus, estas dos medicaciones sólo serían sintomáticas y sólo obrarían disminuyendo los fenómenos espasmódicos, pero no modificando la toxina.

Este objetivo persiguen Lumiere y Bazy, quienes habiendo observado que los persulfatos terrosos destruían

in vitro la toxina tetánica, emplearon durante la Guerra Europea inyecciones intravenosas de 20 c. c., de una solución de persulfato de magnesia al 5°/o, habiendo obtenido buenos resultados.

Como medicación específica queda la antitoxina en inyecciones.

La vía subcutánea únicamente se debe emplear con un fin profilactico, porque la absorción es muy lenta, pues solo a las 24 horas ha encontrado Knorr la cantidad máxima de ella en la sangre.

Quedan las vías intravenosa e intrarraquídea cuando se ha de emplear como agente curativo. Considero como el Dr. Arango Ferrer que ambas vías pueden dar origen a accidentes ruidosos, no desprovistos de gravedad, como fenómenos hemoclásicos o de irritación meníngea, pero en vista de la gravedad del mal, hoy no vacilaría en emplearlas, como por temor dejé de hacerlo en dos enfermos que tuve en años pasados en el Hospital.

Las estadísticas animan a usar esas dos vías: Permin, en Dinamarca, ha hecho bajar la mortalidad a 67% y Irons de los Estados Unidos a 61. 77%.

Aconsejan para estos tratamientos inyecciones de 10 a 20.000 unidades antitóxicas, cada 24 horas, repetidas dos o tres días.

Para terminar me permito proponeros:

Acéptese al estudio del Dr. Arango Ferrer, como trabajo de entrada.

Invítese al Dr. Arango Ferrer a pertenecer a la Academia como miembro de número, ocupando uno de los sillones vacantes.

Publíquese su trabajo en los Anales de la Academia.

Honorables Académicos,

G. Toro Villa...

DOS CASOS DE TETANOS CURADOS POR EL ÁCIDO FÉNICO.

El bacilo de Nicolaier, Anaerobio, agente infeccioso del tétanos, penetra generalmente al organismo por las heridas contusas anfractuosas, sucias de polvo y de deyecciones de herbívoros; a veces un simple rasguño, los sabañones, una inyección de quinina ó de suero gelatinado, pueden servir de puerta de entrada al bacilo, aunque algunos sostienen que la quinina obraría haciendo virulentos los esporos conservados en el organismo en estado latente. Durante la última guerra, se registraron en la Costa Atlántica varios casos de muerte por tétanos en palúdicos tratados con inyecciones de quinina.

El agente microbiano permanece localizado en las heridas y secreta una toxina que se difunde á lo largo de los nervios, hasta fijarse en las células de la medula y del bulbo.

Mucho se ha discutido sobre la acción curativa del suero autitético, y ha quedado definitivamente establecida su eficacia como tratamiento preventivo, cuando se aplica a tiempo, pero no así, como tratamiento curativo.

Numerosas investigaciones hechas por diversos experimentadores, los han llevado al convencimiento de la ineficacia del suero como tratamiento curativo, en el tétanos, declarado, en tanto que otros afirman haber obtenido buenos resultados con altas dosis aplicadas de preferencia por vía raquídea, muy peligrosa por cierto para abordarla diariamente en una enfermedad que requiere tratamiento de larga duración.

Ante la incertidumbre de la eficacia del suero y no teniendo a la disposición buena cantidad de producto fresco, resolví tratar dos enfermos observados en épocas distintas, con inyecciones de ácido fénico, a razón de 20 c. c., cada cuatro horas de una solución al 1%, según la fórmula de Talamón:

Acido fénico cristalizado, 10 gramos
Glicerina, 50 gramos
Agua c. s., para 1000 gramos.

Someramente relato á continuación las dos observaciones:

1a. El día 22 de febrero de 1926 ingresó al Hospital del F. C. de Antioquia, a mi cargo, el joven F. Henao, de 16 años de edad, natural de Barbosa. Trabajaba en Pto. Berrio, en donde sufrió una herida penetrante en la planta del pie derecho, causada con un fragmento de madera.

Siete días después sintió mucho malestar, dificultad para abrir la boca y ligera disfagia.

Dos días después fué traído al Hospital, ocupó la cama No. 40 y presentó: Rigidez dolorosa de la nuca; trismus, que apenas permitía recibir alimentos líquidos, disfagia, difícil limitación de los sonidos; rigidez generalizada con los miembros inferiores en extensión forzada y los superiores en flexión; temperatura 37,5, 92 pulsaciones y 28 respiraciones por minuto.

Un ruido por leve que fuera o cualquiera otra excitación, eran causa de contracciones dolorosas generalizadas que invadían rápidamente los miembros y los órganos internos especialmente la laringe con crisis de disnea interna.

Durante los cinco primeros días se le inyectaron 120 gramos de la solución de ácido fénico, o sea, 1,20 gramos de fenol al día y se le daban al mismo tiempo 7 gramos de cloral en las 24 horas.

Bajo la influencia de esta medicación las crisis dolorosas se hicieron menos frecuentes e intensas, y disfrutó la relativa calma. La temperatura descendió á 36,5 y el pulso se sostuvo al rededor de 80 por minuto. Del 6o. día en adelante, se rebajó la dosis de fenol a 0,80 gramos y a 4 gramos la de cloral durante cinco días. Desde entonces, por diez días, se aplicaron 0,50 gramos de fenol y se dieron 3 gramos de cloral, hasta obtener la curación que fué completa el día 12 de marzo. La convalecencia duró 18 días y el 1o. de abril salió del Hospital en capacidad de poder trabajar como antes.

2a. Observación. T. Tavera, casado, de 45 años de edad, natural de Sopetrán, de oficio sepulturero en el Ce-

menterio de San Lorenzo de esta ciudad, se hirió con una barra el dedo grueso del pie izquierdo.

Ocho días después sintió las primeras manifestaciones de la enfermedad y fué conducido al Hospital de San Juan de Dios, en donde ingresó al servicio de clínica terapéutica, cama No. 18.

El día 22 de marzo próximo pasado se le examinó por primera vez y se encontró lo siguiente:

Rigidez general; cabeza fija e inmóvil; miembros de extensión forzada; músculos del tronco, contracturados; trismus ligero e imposibilidad para masticar; disfagia.

Pulso, 90; temperatura, 36,8; respiraciones, 24 por minuto. El examen del enfermo provoca contracturas dolorosas generalizadas que se repiten con bastante frecuencia, ocasionadas por el ruido de los vehículos que pasan por la calle y a veces por motivos más leves.

La herida, que aparentemente estaba cicatrizada, supuró ligeramente al 4o. o 5o. día. La temperatura se sostuvo en la normal, hasta el octavo día en que tuvo fiebre, 115 pulsaciones y 30 respiraciones por minuto, ésto, debido a una congestión pulmonar de origen hipostático que desapareció en dos o tres días.

Recibió el mismo tratamiento que el enfermo de la observación anterior, o sea, diariamente 120 gramos de la solución de ácido fénico al 1%, por vía subcutánea y ocho gramos de cloral por la boca. Del cuarto al quinto día se observó una mejoría bastante apreciable, y entonces se rebajaron las dosis de fenol y de cloral a la mitad y poco después a la tercera parte, cantidades que se sostuvieron con ligeras omisiones hasta el 22 del presente, fecha en que el paciente se retiró para su casa completamente curado del tétanos.

El ácido fénico que obra como desinfectante, anulando el poder de la toxina tetánica, produce resultados curativos, asociado al cloral, en las formas de marcha subaguda o crónica. Es un tratamiento inofensivo, fácil de aplicar y que los enfermos toleran muy bien. Las formas supra-agudas, con temperaturas altas, son casi siempre

mortales y no dan tiempo a tratamiento de ninguna especie.

Medellín, 24 de abril de 1930.

Dionisio Arango Ferrer.

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA BLENNORRAGIA

por el

Dr. J. Janet

Forma un tomo en cuarto mayor, de 552 páginas, esmeradamente impreso sobre excelente papel satinado, ilustrado con 143 grabados en negro intercalados en el texto.

DIATERMIA Y DIATERMOTERAPIA

por el

Dr. H. Bordier

Forma un tomo en octavo, de 724 páginas, esmeradamente impreso, ilustrado con 263 grabados intercalados en el texto.

LOS TUMORES DEL CEREBRO

por el

Dr. L. Puusepp

Forma un tomo en cuarto mayor, de 634 páginas, esmeradamente impreso, ilustrado con 221 grabados intercalados en el texto.

TRATADO DE PATOLOGÍA INTERNA

por los doctores

Enriquez, Laffitte, Laubry y Vincent

Constará de cuatro tomos en cuarto mayor. Publicados el primero, segundo (1.^a y 2.^a partes) y tercero (1.^a parte).

QUIRURGÍA ELIMINAL DEL MÉDICO PRÁCTICO

por el **Dr. J. Maisonnnet**

Forma un tomo en cuarto mayor, de 1.020 páginas, esmeradamente impreso, ilustrado con 723 grabados intercalados en el texto.

DIAGNÓSTICO NEUROLÓGICO

por el

Dr. Levy-Valensi

Forma un tomo en cuarto mayor, de 668 páginas, esmeradamente impreso, ilustrado con 895 grabados intercalados en el texto.

GERIATRIA

por el

Dr. M. W. Thewlis

Forma un tomo en cuarto mayor, de 368 páginas, esmeradamente impreso, ilustrado con 24 grabados intercalados en el texto.

Solicítese el catálogo de la Sección de Ciencias Médicas a la Casa

SALVAT EDITORES, S. A. 41-Calle de Mallorca-49 : BARCELONA

